

IMPLEMENTASI INDIKATOR KINERJA PROPENAS DI PROVINSI

IMPLEMENTATION OF PROPENAS PERFORMANCE INDICATORS IN THE PROVINCES

Purnawan Junadi

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

ABSTRACT

Background: Performance indicators are used to assess the program achievement. The government used national development program (propenas) indicators to evaluate the outcome of health program every 5 years. Before decentralization, the collection of data never became a problem. After decentralization, regional do not have the responsibility to report to the central any more. As a result department of health finds itself difficulty to collect data needed for benchmark. In contrast, as its role moves toward guidance and control, the need to have performance indicators is bigger. Therefore, it is crucial to assess how in reality collection of propenas indicators in the province.

Objective: To assess how far the provinces achieved the target as specified by Propenas Indicators, and which province collected most of the indicators, which can be used to decide what kind of incentives needed in the future. In addition we would like to know which indicators were collected most, and which were difficult. This information is important for simplifying indicators, reduce data collection burden, which in return more likely to be collected

Methods: This was a post test study, conducted in 15 provinces selected based on its rank in term of health manpower indicator and geographical location. We collected available data on Propenas indicators in samples provinces. In addition we asked difficulties to collect each indicators and what their suggestion.

Conclusion: Out of 15 provinces, only Jambi, Kalimantan Selatan and Bangka-Belitung who relatively had complete Propenas Indicators. Only 8 provinces had health profiles, and only 2 of them complete. Out of 61 performance indicators specified in Propenas, only 16 of them are easily to collect.

We suggest that central government should takes this issue more seriously by providing special funds for data collection for health performance indicators, and giving province benchmarking and socio economic determinant analysis to produce useful information for province decision making. In addition, central government should refine performance indicators by simplifying data that proven difficult to be collected in the field, and takes roles of further validity, reliability and feasibility analysis

Keywords: decentralization, performance indicators, propenas

LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan mempunyai visi mewujudkan "Indonesia Sehat Tahun 2010", yaitu suatu gambaran masyarakat yang mempunyai perilaku sehat, lingkungan sehat, dapat menjangkau pelayanan yang bermutu sehingga mempunyai status kondisi kesehatan yang optimal.¹ Visi pembangunan kesehatan masyarakat dioperasionalkan dalam perencanaan melalui Rencana Pembangunan Tahunan atau Reperta (jangka pendek) dan Program Pembangunan Nasional atau Propenas Bidang

Kesehatan (jangka 5 tahun).² Untuk mengetahui seberapa jauh visi tercapai, maka dikembangkan indikator keberhasilan peningkatan pencapaian visi tersebut, meskipun sudah tentu perubahan yang terjadi bukan kontribusi pembangunan kesehatan saja, melainkan juga peran dari pembangunan sektor lain termasuk dalam pembangunan nasional.

Untuk mengetahui tercapainya tujuan pembangunan, digunakan indikator kinerja yang sesuai dengan jangka waktunya. Indikator tersebut

dibagi atas indikator *outcome* yang diukur dalam waktu 5 tahun sekali (indikator propenas) dan indikator *output* yang diukur setiap tahun (indikator repeta).

Sebelum desentralisasi, pengumpulan indikator kurang menjadi masalah. Indikator dikumpulkan pada pusat kegiatan, kemudian secara berjenjang sampai ke pusat. Dengan demikian, Departemen Kesehatan (Depkes) mengetahui perkembangan kegiatan maupun status kesehatan pada tingkat kabupaten maupun provinsi. Setelah desentralisasi, maka peran Depkes berubah menjadi pembinaan, dan hampir seluruh kegiatan kesehatan menjadi wewenang tingkat kabupaten. Pengumpulan indikator ke pusat kini menjadi masalah karena daerah tidak berkewajiban lagi untuk mengirim laporan ke pusat. Praktis sejak desentralisasi digulirkan, Depkes tidak mendapat lagi pengumpulan informasi kesehatan dari wilayah. Makalah ini ditulis untuk membahas dua hal berikut.

Bagaimana kinerja provinsi seperti tertera pada indikator Propenas, provinsi mana saja yang relatif lengkap mengumpulkan indikator tersebut. Informasi ini akan berguna untuk memilih daerah yang perlu mendapat prioritas pembinaan dari Depkes.

Indikator apa yang paling sering dijumpai, dan indikator apa yang paling sulit dikumpulkan. Informasi ini berguna untuk penyederhanaan indikator di masa yang akan datang dengan mengingat kesulitan pengumpulannya. Dengan adanya indikator yang lebih sederhana, akan lebih banyak daerah yang mengumpulkannya untuk kebutuhan wilayah maupun meneruskan ke pusat dalam rangka evaluasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Pembahasan dalam makalah ini adalah bagian dari sebuah penelitian yang besar pada tahun 2004 yaitu Pengkajian Hasil Repeta 2002 dan Penyusunan Draft Propenas Tahun 2004, yang meliputi kajian indikator Repeta maupun Propenas pada tingkat Provinsi dan Kabupaten. Di dalam penelitian tersebut, penulis duduk sebagai konsultan utama.³ Penelitian tersebut bersifat operasional. Disainnya bersifat *post test study* karena dilakukan setelah program berjalan dan indikator dikembangkan.

a. Populasi dan Sampel

Studi ini dilakukan pada 15 provinsi. Pemilihan provinsi dilakukan atas dasar rasio dokter per 100.000 penduduk berdasarkan profil tahun 2001⁴ sebagai proksi indikator tenaga kesehatan dan atas dasar lokasi, agar sampel tersebar dari Sabang sampai Merauke. Beberapa provinsi tidak dipilih

atas dasar keamanan seperti DI Aceh, Maluku, dan Irian Jaya. Dari 4 provinsi yang relatif baru, dipilih Bangka Belitung dan Banten. Jadi sampel provinsi ini yaitu: Kalimantan Barat, NTT, Kalimantan Selatan, Jawa Barat, Sumatera Selatan, Jawa Tengah, Sumatera Barat, Jambi, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Bangka Belitung, Banten.

b. Responden

Beberapa informan pada tingkat provinsi dan kabupaten digunakan untuk penelitian ini. Tetapi khusus untuk indikator Propenas di provinsi yang dipilih sebagai informan yaitu Kepala Subbagian Penyusunan Program Provinsi dan 1-2 orang stafnya yang bisa memberi masukan perbaikan indikator program kesehatan untuk masa yang datang, serta Kepala Seksi SIK Provinsi yang bertanggung jawab atas pengumpulan indikator propenas untuk mendapatkan data dan masukan tentang kualitas data yang dikumpulkan.

c. Jenis Data dan Pengumpulannya

Sesuai dengan tujuan studi maka informasi yang dikumpulkan yaitu tentang indikator kinerja seperti yang tertera pada Propenas bidang kesehatan (selanjutnya disebut indikator Propenas), sesuai dengan yang ditetapkan bersama oleh Bappenas dan Depkes. Daftar indikator ini dapat dilihat pada Lampiran 1.

Data yang dikumpulkan terdiri atas data primer dan sekunder. Data sekunder yaitu data pencapaian dari indikator Propenas yang sudah dikumpulkan oleh daerah sampel, digali melalui penelusuran di bagian pengelola data, penanggung jawab program di unit terkait atau pada profil kesehatan.

Data primer yang dikumpulkan adalah data tentang bagaimana indikator tersebut dikumpulkan, kesulitan pelaksanaan, dan saran perbaikan. Selain itu dikumpulkan juga masukan untuk pengembangan indikator atau program di masa depan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara atau diskusi kelompok sesuai dengan situasi yang ada.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Pencapaian Propenas Tahun 2002 di 15 Provinsi

Pencapaian indikator propenas di 15 provinsi yang menjadi sampel dalam kajian ini rata-rata belum mencapai target yang telah ditetapkan. Pada program kesehatan lingkungan, pencapaian rata-rata tertinggi untuk indikator rumah sehat adalah provinsi DIY (86,57%), kemudian Jambi (66,7%) dan Sumatera Barat (58,8%), sedangkan terendah

di Provinsi Bangka Belitung (31,28%). Rata-rata pencapaian keluarga dengan air bersih di 15 provinsi sampel adalah 61,81%, dengan pencapaian tertinggi di Sumatera Barat (74,5%), Jawa Tengah (72,07%) dan DIY (68,92%). Sementara pencapaian terendah yaitu provinsi Banten (40,93%). Rata-rata pencapaian untuk indikator posyandu baik purnama dan mandiri di 15 provinsi sampel masih sangat rendah, yaitu 21,24%. Pencapaian tertinggi di Provinsi Banten (56,17%), Jawa Tengah (29,93%), dan DKI Jakarta (28%).

Ketersediaan data indikator upaya kesehatan pada tahun 2002 di tingkat provinsi bahkan sangat rendah, sehingga banyak provinsi tidak dapat mengukur keberhasilan program yang berjalan. Indikator yang tidak tersedia di provinsi misalnya pengobatan tradisional, prevalensi HIV/AIDS, penanganan komplikasi obstetri, gangguan mata, dan peyuluhan oleh rumah sakit.

Pencapaian UCI tingkat desa pada provinsi sampel rata-rata 77,35%, dengan pencapaian tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan (102,7%), Sulawesi Utara (101,1%) dan Banten (94,53%), sedangkan pencapaian terendah di Provinsi Kalimantan Selatan, (61,06%), Bangka Belitung (68,4%), dan Sumatera Barat (68,8%). Penyediaan data indikator persalinan tenaga kesehatan di tingkat provinsi sudah cukup baik dengan pencapaian rata-rata 71,5%. Pencapaian tertinggi untuk indikator tersebut di Provinsi Sulawesi Selatan (85,77%), Kalimantan Selatan (78,77%), dan Sulawesi Utara (77,0%). Provinsi dengan pencapaian terendah untuk indikator pelayanan tenaga kesehatan adalah Jawa Tengah (49,77%), Sumatera Utara (61,0%), dan Kalimantan Barat (67,7%).

Sebagian pencapaian indikator dari program gizi pada tahun 2002 telah memenuhi target propenas. Misalnya masalah gizi kurang, TGR pada anak sekolah, serta gizi lebih. Namun ketersediaan data dari setiap indikator gizi di tingkat provinsi relatif sangat kurang. Indikator prevalensi gizi kurang yang ditetapkan secara nasional sebesar 20%, sedangkan pencapaian rata-rata provinsi sampel yang memiliki data indikator tersebut sebesar 16,3%. Prevalensi gizi kurang pada balita, terendah di Provinsi Jawa Tengah (1,51%), Kalimantan Selatan (2,86%) dan Sulawesi Selatan (5,89%). Adapun provinsi dengan prevalensi gizi kurang, tertinggi di Provinsi Jambi (32%), dan Sumatera Barat (23,1%).

Hampir sebagian besar provinsi sampel tidak dapat menyediakan data untuk indikator KVA pada balita dan ibu hamil. Demikian pula dengan kasus TGR, AGB ibu hamil, asi eksklusif, MPASI, dan keluarga sadar gizi, sehingga perbandingan dan

rata-rata di tingkat provinsi tidak dapat mewakili pencapaian indikator tersebut.

Ketersediaan data indikator program sumber daya kesehatan, kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan serta obat, makanan dan bahan berbahaya masih sangat rendah di tingkat provinsi. Selain sulit dikumpulkan, sebagian besar indikator tersebut tidak digunakan sebagai indikator kinerja bagi program terkait. Ketidaktersediaan data tersebut, mengakibatkan perbandingan pencapaian indikator menurut provinsi tidak dapat dilakukan. Dari indikator yang ditetapkan pada ketiga program tersebut, hanya Provinsi Bangka Belitung yang memiliki data relatif lengkap, sedangkan pada provinsi lainnya tidak tersedia.

b. Rangking Provinsi menurut Kelengkapan Indikator Propenas

Kelengkapan indikator propenas pada tingkat provinsi rata-rata masih sangat rendah yaitu baru mencapai 25,27%. Pencapaian tertinggi di Provinsi Jambi yaitu 70,15%, diikuti Provinsi Kalimantan Selatan (47,76%), dan Bangka Belitung (37,31%). Adapun kelengkapan indikator Propenas terendah di Provinsi DKI Jakarta (11,4%), Sumatera Selatan dan Jawa Barat masing-masing 0%. (Tabel 1)

Tabel 1. Ranking Provinsi Menurut Kelengkapan Indikator

Provinsi	Kelengkapan Indikator Propenas
Jambi	70.15
Kalimantan Selatan	47.76
Bangka Belitung	37.31
Kalimantan Barat	35.82
Jawa Tengah	32.84
Sulawesi Utara	29.85
Sumatera Barat	28.36
Banten	22.39
Sulawesi Selatan	22.39
DIY	17.91
Nusa Tenggara Timur	16.42
DKI Jakarta	11.94
Sumatera Utara	5.97
Sumatera Selatan	0.00
Jawa Barat	0.00

1. Rangking Indikator Propenas Menurut Feasibilitas Pengumpulannya

a. Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat Dan Pemberdayaan Masyarakat

Feasibilitas indikator rumah sehat, air bersih, jamban sehat, TTU dan posyandu sudah cukup baik (>50%), sedangkan untuk indikator lainnya masih rendah (<50%). Hampir sebagian besar provinsi (60%) menyatakan masih sulit untuk memperoleh data indikator PHBS

walaupun ketersediaan datanya cukup baik di provinsi. Hal ini disebabkan karena untuk pengumpulan data indikator tersebut tidak saja membutuhkan sumber daya yang memadai, seperti: dana, tenaga, dan waktu. Namun pedoman operasional atau standar yang tidak dimiliki daerah sering membingungkan dalam penentuan data bagi indikator yang dinilai abstrak tersebut.

b. Program Upaya Kesehatan

Penyediaan data indikator dari program upaya kesehatan dalam Propenas, tampaknya juga masih mengalami kesulitan untuk dipenuhi oleh sebagian besar provinsi. Selain masalah program yang belum berjalan maksimal, hampir sebagian besar provinsi kesulitan menghitung denominator dari indikator tersebut walaupun tersedia data absolut. Selain hal tersebut, seringkali data yang tersedia tidak sesuai dengan indikator yang dimaksud. Seperti angka kematian akibat pneumonia atau diare. Umumnya hanya berupa temuan kasus. Demikian pula dengan angka kesembuhan TB paru, sering tidak dilaporkan, kecuali temuan kasus penyakit berdasarkan diagnosis klinis dan laboratorium. Angka prevalensi kasus tertentu seperti HIV/AIDS tidak menggambarkan masalah kasus tersebut pada masyarakat secara keseluruhan, karena hanya dihitung dari kelompok berisiko tinggi saja.

Feasibilitas indikator program upaya kesehatan pada tingkat provinsi rata-rata masih rendah (<50%), kecuali persalinan tenaga kesehatan. Beberapa indikator tertentu, seperti pengobatan tradisional dan gangguan mata, mempunyai feasibilitas yang rendah, sehingga data tidak dapat tersedia pada tahun 2002.

c. Program Gizi Masyarakat

Ketersediaan data dari indikator gizi relatif sudah cukup baik dibandingkan program lainnya. Hal ini disebabkan karena masalah gizi di daerah memiliki kesinambungan program yang didanai dalam bentuk proyek, sehingga *monitoring* dan supervisi dari provinsi dapat optimal. Pelaporan program yang cukup rutin juga dirasakan oleh provinsi, sehingga hampir tiap tahunnya dapat digunakan sebagai usulan perencanaan program berdasarkan data yang valid.

Indikator dalam program gizi yang dianggap sulit dalam ketersediaan data adalah masalah KVA, karena untuk memperoleh data tersebut dibutuhkan alat diagnosis dan tenaga yang memadai. Demikian juga dengan indikator keluarga sadar gizi dan masalah gizi seimbang, hampir sebagian besar provinsi sampel tidak memiliki data dari indikator tersebut pada tahun 2002.

Kemudahan dalam pengumpulan data indikator dari program gizi, rata-rata sudah relatif baik dibandingkan program lainnya. Hal ini disebabkan karena masalah gizi di daerah memiliki kesinambungan program yang didanai dalam bentuk proyek, sehingga dapat di *monitoring* dan dilaporkan secara rutin. Namun, dalam ketersediaan data di tingkat provinsi maupun kabupaten masih sangat rendah.

Indikator dalam program gizi dengan feasibilitas cukup baik (>50%) yaitu gizi kurang dan distribusi zat besi pada ibu hamil. Adapun indikator dengan ketersediaan data paling sulit baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota adalah masalah KVA, kasus TGR, dan MPASI. Pengumpulan data dari indikator tersebut selain tidak rutin setiap tahunnya, juga dibutuhkan sumber daya yang harus memadai. Seperti alat diagnosis dan tenaga ahli.

d. Program Sumber Daya Kesehatan

Ketersediaan untuk indikator program sumber daya kesehatan masih sangat rendah. Demikian pula dengan kegiatan pengumpulan data untuk indikator tersebut, dinilai sulit oleh sebagian besar provinsi. Meskipun demikian, dari berbagai indikator tersebut dalam pengumpulan data tentang sarana dan tenaga kesehatan dinilai mudah, karena masih rutin dilaporkan oleh Puskesmas setiap tahunnya.

e. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Hampir separuh provinsi sampel tidak memiliki data indikator kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Selain tidak digunakan sebagai indikator di provinsi, hasil penelitian, peraturan, dan kebijakan tentang kesehatan umumnya tidak terdokumentasi dengan baik.

Sebagian besar provinsi (>80%) memberikan persepsi bahwa pengumpulan data untuk indikator tersebut rata-rata sulit.

f. Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Seperti halnya indikator sumber daya kesehatan, penyediaan data untuk indikator obat, makanan dan bahan berbahaya oleh sebagian besar responden dinilai sulit. Persentase provinsi yang memiliki data indikator program tersebut pada tahun 2002, baru mencapai 6,7% hingga 20%. Kendala dalam penyediaan data tersebut antara lain karena tidak ada format laporan untuk indikator yang dimaksud, tidak ada pelaporan secara rutin dari kabupaten dan kota, serta lemahnya koordinasi dengan pihak terkait (BPPOM dan kepolisian) mengenai penyediaan data.

2. Kondisi *Input* Sistem Informasi dan Ketersediaan Profil Kesehatan di Tingkat Provinsi

Input sistem informasi pada bagian pengelola data di tingkat provinsi dan kabupaten terdiri dari ketenagaan, anggaran, komputer, *modem*, printer, dan laporan dari kabupaten. Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan dapat diketahui bahwa kondisi kemampuan sarana tersebut cukup bervariasi.

Hampir sebagian besar (73,33%) provinsi sampel telah memiliki staf dengan kemampuan teknis dalam mengoperasikan komputer dan analisis data. Demikian pula dengan sarana dan prasarana berupa komputer, *modem*, dan printer tampaknya bukan masalah bagi sebagian besar provinsi. Namun hampir lebih dari separuh provinsi (53,33%), menyatakan tidak mempunyai anggaran untuk kegiatan pengumpulan data, baik rutin maupun tidak rutin. Demikian pula dengan laporan dari kabupaten (berupa profil kesehatan) baru 20% provinsi yang menerima laporan tersebut untuk data tahun 2002.

Dari 15 provinsi sampel, baru 8 provinsi (53,33%) yang telah membuat dan memiliki profil kesehatan tahun 2002. Namun, dari segi kelengkapan data pada profil tersebut, hanya 2 provinsi saja yaitu Jambi dan Jawa Tengah seperti digambarkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Ketersediaan dan Kelengkapan Profil Kesehatan di 15 Provinsi

No.	Provinsi	Profil Kesehatan	Kelengkapan Profil
1	Sumut	Tidak ada	
2	Sumbar	Tidak ada	
3	Babel	Tidak ada	
4	Jambi	Ada	Lengkap
5	Sumsel	Tidak ada	
6	DKI Jakarta	Ada	Tidak Lengkap
7	Jabar	Ada	Tidak Lengkap
8	Jawa Tengah	Ada	Lengkap
9	DIY	Tidak ada	
10	Kalbar	Tidak ada	
11	Kalsel	Tidak ada	
12	NTT	Ada	Tidak Lengkap
13	Sulsel	Ada	Tidak Lengkap
14	Sulut	Ada	Tidak Lengkap
15	Banten	Ada	Tidak Lengkap

Yang menarik dalam Tabel 2 adalah Provinsi Jawa Tengah yang bisa membuat profil kesehatan yang lengkap, meskipun tidak mempunyai indikator Propenas secara lengkap. Hal ini tentunya berkaitan dengan relevansi pengumpulannya. Profil kesehatan dilakukan karena memenuhi kebutuhan provinsi, sedang propenas adalah kebutuhan pusat. Dikaitkan dengan 6 provinsi lain yang mempunyai profil kesehatan provinsi, Depkes bisa melakukan pendekatan, maupun memberi insentif agar indikator Propenas bisa dikumpulkan lebih baik, sekaligus profil kesehatan provinsi bisa dibuat.

DISKUSI

Penggunaan indikator kinerja adalah hal yang telah umum dilakukan di setiap negara. Ketika pada tahun 1980 Amerika mengumumkan visi *Healthy People* 2000, mereka telah membuat 226 indikator yang akan diikuti perkembangannya dari tahun ke tahun.¹ Sekarang ini visi *Healthy People* 2010 memfokuskan pada 28 program areas, dan 467 indikator.² Canada menghabiskan biaya sebesar 300 juta dollar untuk mengembangkan *Health Information Roadmap Initiative*, yang dibangun untuk menjawab dua pertanyaan utama yaitu bagaimana sehatnya penduduk Kanada dan bagaimana baiknya kinerja pelayanan kesehatan.⁷ Dilihat dari kaca mata ini sebenarnya indikator Propenas bahkan lebih sederhana karena hanya terdiri atas 6 program areas, dan 61 indikator.³

Namun ada dua isu utama sehingga Propenas ini praktis tidak berjalan dengan baik. Isu pertama adalah aspek manajerial. Agar indikator kinerja berhasil, memerlukan kerja sama dan sumber daya dari semua tingkat manajemen.⁷ Ketika era sentralisasi, pengumpulan indikator dari lapangan

sampai ke pusat praktis tidak ada masalah. Sekarang dengan desentralisasi, alokasi biaya ditentukan oleh daerah, dan praktis pengumpulan informasi tidak menjadi prioritas.

Isu kedua adalah bagaimana indikator ini dibangun. Indikator yang baik harus jelas definisinya, *valid*, *feasible*, dan berguna untuk pengambil keputusan diberbagai tingkat pemerintahan.⁸ Aspek tersebut memerlukan keterlibatan banyak *stakeholder*. Indikator untuk *Healthy People 2010* misalnya dibangun melalui berbagai proses yang melibatkan berbagai pihak, baik pemerintah, LSM, maupun organisasi profesi yang prosesnya dicatat, sehingga bisa diikuti, dan merasa dimiliki oleh mereka yang terlibat. Hal yang sama juga dilakukan di Kanada.⁷ Dalam hal indikator propenas, proses bagaimana indikator kinerjanya dipilih, dan siapa saja yang terlibat tidak jelas, sehingga ketika diserahkan ke daerah, tidak dianggap penting untuk diteruskan.

Di masa depan, era propenas kelihatannya telah berakhir seiring dengan menguatnya desentralisasi yang memberikan wewenang penanganan bidang kesehatan kepada kabupaten, dan provinsi sesuai Undang-Undang No. 32/2004 yang baru.⁴ Namun dengan perannya yang baru sebagai pembinaan, maka justru kebutuhan Depkes akan indikator wilayah makin besar. Implikasi dari kajian implementasi indikator ini meminta Depkes berpikir ulang tentang bagaimana pengembangan sistem informasi di masa mendatang.

Departemen Kesehatan perlulah memberikan *reward* kepada daerah yang tetap mengirimkan informasi mengenai indikator kesehatan di wilayahnya. *Reward* ini tidak hanya dalam bentuk insentif material, tetapi hendaknya bermanfaat untuk perkembangan wilayah yang bersangkutan. Misalnya dengan memberikan umpan balik tidak hanya dalam bentuk rata-rata dan variasinya antarkabupaten, sebagaimana kritik Braveman¹⁰ ketika membahas *World Health Report 2000*. Namun juga bagaimana perbedaannya dalam kelompok kaya miskin atau desa kota. Jelas bahwa indikator sosioekonomik sangat berperan dalam memberikan perspektif peran kinerja program kesehatan disebuah wilayah.^{11,12} Mengingat di Indonesia indikator sosioekonomik dikumpulkan tersendiri misalnya melalui SUSENAS, maka Depkes perlu menggabungkan kedua data dan memberikan hasil analisisnya ke provinsi sebagai *reward* atas pengumpulan indikator tersebut. Hanya dengan timbal balik seperti itu maka kesinambungan pengumpulan indikator kinerja program kesehatan bisa dijamin.¹³

Sekarang dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komputer, pengolahan informasi menjadi jauh lebih mudah. Informasi yang telah diolah bisa disediakan melalui internet yang disajikan dalam bentuk yang interaktif dan menarik. Penyajian informasi dalam bentuk ini ternyata jauh lebih bermanfaat¹⁴ dan utilitasnya menjadi lebih sering.¹⁵

Selain itu Depkes perlu tetap melakukan evaluasi maupun riset tentang kualitas data yang dikumpulkan, khususnya baik mengenai ketepatan, validitas maupun feasibilitas pengumpulannya. Hal ini penting, tidak saja karena adagium terkenal *garbage in garbade out*, namun juga karena baik institusi pengguna maupun penyedia data paling jarang diperhatikan.¹⁶

Perlu ada tindak lanjut untuk menyederhanakan indikator kesehatan yang sekarang masih yang ada, terutama dikaitkan dengan kesulitan lapangan, seperti yang terbukti dalam penelitian ini. Salah satu alternatif adalah mengaitkannya dengan kebutuhan pembuatan profil kesehatan maupun kaitannya dengan indikator standar pelayanan minimum wilayah. Hal ini tentunya memerlukan kajian tersendiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Dalam era desentralisasi ini, hanya sedikit provinsi yang masih mengumpulkan kinerja indikator seperti yang tertera pada Propenas. Dari 15 provinsi, hanya, Jambi, Kalimantan Selatan dan Bangka Belitung yang relatif masih mengumpulkan indikator itu secara lengkap. Dalam kaitan ini, hanya 8 provinsi yang mempunyai profil kesehatan dan dari sejumlah itu hanya 2 provinsi yang lengkap indikator kinerjanya. Karena itu disarankan agar Depkes lebih memberi perhatian pada isu ini dengan memberikan insentif melalui DAK, dan memberikan *reward* dalam bentuk umpan balik penyajian yang bermanfaat untuk wilayah bersangkutan, termasuk ranking antarprovinsi maupun korelasinya dengan indikator sosioekonomik.
2. Dari 61 indikator kinerja Propenas, ada 16 indikator yang relatif mudah dikumpulkan pada tingkat provinsi. Indikator tersebut:
 - a. Indikator Program Kesehatan Lingkungan dan Perilaku Sehat: Jamban Sehat, Air Bersih, TTU Sehat, Rumah Sehat, dan Posyandu.
 - b. Indikator Program Upaya Kesehatan: angka DBD dan persalinan tenaga kesesehatan.
 - c. Indikator gizi: cakupan vitamin A, dan tablet besi ibu hamil.

- d. Indikator Program Sumber Daya Kesehatan: JPKM, rasio tenaga kesehatan, rasio sarana kesehatan.
- e. Indikator Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan: peraturan yang menjadi kebijakan kesehatan, proporsi kabupaten/kota dengan SIK.
- f. Indikator Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya: Penyuluhan KIE tentang NAPZA, dan obat esensial nasional.

Temuan ini hendaklah dijadikan pedoman untuk menyusun indikator kinerja program kesehatan di masa depan. Sebab indikator yang sulit ini akan mengganggu ketika dilakukan penyajian rata-rata, variasi dan *benchmarking* antar wilayah. Peranan pengkajian validitas dan feasibilitas indikator harus diambil oleh Depkes, sebagai salah satu bentuk peran pembinaan.

KEPUSTAKAAN

1. Depkes. Visi Indonesia Sehat 2010, diambil dari <http://www.depkes.go.id/showis.php?tid=Visi>, diakses pada tanggal 7 juni 2005.
2. ADB. Country Operational Strategy Studies: Indonesia 1994, diakses dari <http://www.adb.org/documents/cosss/INO/ino202.asp> tanggal 7 Juni 2005.
3. Depkes. Pengkajian Hasil Repeta 2002 Dan Penyusunan Draft Propenas Tahun 2004, Jakarta 2003.
4. Depkes. Profil Kesehatan Masyarakat, 2001, Jakarta Indonesia. 2002.
5. NCHS. Healthy People 2000 Final Review, Heattsville, Maryland: Public Health Service, 2001: 1,19.
6. NCHS. Healthy People 2010-About Healthy People 2010, diambil dari <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/hpdata2010/aboutthp.htm> tanggal 14 Juni 2005
7. Millar, John S. Healthy Canadian in 2010, Commentary, Canadian Medical Association Journal, June 27, 2000; 162:1823-1824
8. Larson, Charles dan Alec Mercer. Global Health Indicators: an overview, Canadian Medical Association Journal, 2004;171:1199-1200.
9. Undang-Undang Republik Indonesia. Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah. 2004.
10. Braveman, Paula dkk: World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy, BMJ 2001;323:678-81.
11. Smith, G. Davey, dkk. Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index, J Epidemiology Community Health 2001;55:149-150.
12. Mulligan, Ju, dkk. Measuring the kinerja of health systems, indikator still fail to take socioeconomic factors into account, BMJ, 2000;321:191-2.
13. Kenney, Natalie dan Alison Macfarlane. Identifying problems with data collection at a local level: survey of NHS maternity units in England, BMJ, 319;619.
14. Donaldson, Ed Molla dan Kathleen N. Lohr. Health Data in the Information Age: Use Disclosure and Privacy, Views and Reviews BMJ 1994; 309;964-965.
15. Wulff, Judith L., dan Neal, D. Nixon. Quality markers and use of electronic journals in an academic health science library, J Med Library Association; 2004;92:315.
16. Carnall. Douglas, NHS performance indicators, BMJ 2000;321:248.

LAMPIRAN 1: INDIKATOR PROPENAS
Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat Dan
Pemberdayaan Masyarakat

- 1 Persentase keluarga yang menggunakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan
- 2 Persentase keluarga yang menggunakan air bersih di perkotaan dan pedesaan
- 3 Persentase tempat-tempat umum (TPU) dan pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan
- 4 Persentase sekolah yang memenuhi syarat kesehatan
- 5 Persentase industri dan rumah sakit yang mengolah limbah dengan aman dan sehat
- 6 Persentase keluarga yang menghuni rumah sehat
- 7 Persentase penduduk yang melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8 Persentase Posyandu Purnama Mandiri per desa

Program Upaya Kesehatan

- 9a. Menurunnya angka kesakitan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD)
- 9b. Menurunnya angka kesakitan malaria
- 9c. Meningkatnya angka kesembuhan penyakit tuberkulosis (TBC) paru
- 9d. Prevalensi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)
- 9e. Menurunnya angka kematian pneumonia balita
- 9f. Menurunnya angka kematian diare pada balita
- 9g. Eliminasi penyakit kusta dan eradikasi polio
- 10 Persentase cakupan imunisasi Universal Child Immunization (UCI)
- 11 Persentase jumlah orang sakit yang berobat ke sarana kesehatan
- 12 Persentase jumlah pasien yang dirujuk dari sarana pelayanan kesehatan dasar
- 13 Persentase cakupan pelayanan antenatal, postnatal dan neonatal
- 14 Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- 15 Persentase cakupan penanganan komplikasi kasus obstetri minimal 12%
- 16 Persentase cakupan pembinaan kesehatan Balita dan anak usia pra-sekolah
- 17 Persentase orang sakit yang berobat ke pengobatan tradisional
- 18 Prevalensi penyakit akibat gangguan mata
- 19 Jumlah sarana kesehatan yang melaksanakan quality assurance (QA)
- 20 Persentase jumlah rumah sakit yang terakreditasi
- 21 mlah sarana kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan remaja

- 22 Jumlah sarana kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan lansia
- 23 Persentase jumlah jenis pelayanan penyuluhan dan pencegahan oleh rumah sakit (RS)
- 24 Persentase kotamadia/kota yang melaksanakan sistem kewaspadaan dini (SKD)
- 25 Persentase kotamadia/kota yang mempunyai labkes/Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

Program Gizi Masyarakat

- 26 Prevalensi gizi kurang pada balita
- 27 Prevalensi KEK pada ibu hamil
- 28 Prevalensi TGR pada anak usia sekolah
- 29 Prevalensi AGB pada ibu hamil
- 30 Prevalensi KVA pada balita dan ibu hamil
- 31 Prevalensi gizi lebih
- 32 Prevalensi BBLR
- 33 Prevalensi rumah tangga mengkonsumsi garam yodium
- 34 Persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-4 bulan
- 35 Persentase pemberian MP ASI pada bayi mulai usia 4 bulan
- 36 Jumlah kkal per kapita per hari konsumsi gizi seimbang
- 37 Persentase keluarga sadar gizi
- 38 Persentase BB terhadap TB kurang dari normal pada anak sekolah
- 39 Prevalensi anemia pada balita, WUS, remaja putri dan wanita pekerja

Program Sumber Daya Kesehatan

- 40 Jumlah penduduk yang menjadi peserta sistem pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya
- 41 Proporsi tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk
- 42 Persentase lembaga pendidikan dan pelatihan kesehatan yang terakreditasi
- 43 Proporsi sarana kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk
- 44 Persentase cakupan pemeriksaan sarana pelayanan kesehatan (terakreditasi)

Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

- 45 Jumlah peraturan yang menjadi kebijakan program kesehatan
- 46 Proporsi kotamadia/kota sesuai dengan UU No.22/1999 yang mempunyai kebijakan kesehatan

- 47 Proporsi kotamadia/kota yang mempunyai sistem manajemen kesehatan yang berbasis wilayah
- 48 Proporsi kotamadia/kota yang mempunyai perangkat peraturan daerah mengenai kesehatan
- 49 Proporsi kotamadia/kota yang mampu menyediakan profil kesehatan kotamadia/kota
- 50 Jumlah penelitian dan publikasi hasil penelitian di bidang kesehatan dan gizi
- 51 Persentase hasil penelitian bidang kesehatan yang dimanfaatkan oleh program kesehatan
- Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya**
- 52 Proporsi kasus penyalahgunaan atau kesalahgunaan NAPZA dengan tindak lanjut pengamanan
- 53 Proporsi kasus pencemaran makanan dengan tindak lanjut pengamanan
- 54 Jumlah industri yang telah mengelola bahan berbahaya secara benar
- 55 Persentase cakupan pemeriksaan sarana produksi dan distribusi farmakes dalam rangka COPB
- 56 Persentase produk farmakes yang tidak memenuhi syarat mutu
- 57 Jumlah produk farmakes yang berbasis sumber daya alam dalam negeri
- 58 Persentase penggunaan obat rasional
- 59 Persentase ketersediaan obat esensial nasional
- 60 Jumlah laboratorium pengujian obat dan makanan yang terakreditasi
- 61 Terlaksananya sosialisasi kebijakan harga obat generik